Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2021; Vol 6(4), Spring, pp 32-45.

A comparative study of group training effects on family-centered empowerment program and self-compassion program on perceived stress and stigma for family care providers of epilepsy patients

Mehrangiz Karami[1], Maryam Chorami[2], Ahmad Ghazanfari[3], Tayebe Sharifi[4], Reza Masoudi[4,5]

1- PhD, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord,Iran.
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch,Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
3- Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
4- Associate Professor, invited associate Professor of Nursing Department, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
5- Associate Professor, PhD, RN, Community-Oriented Nursing Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

Corresponding Author: Maryam Chorami, **Email:** choramimaryam@gmail.com

Received: 16 Nov 2020 **Accepted:** 28 Dec 2020

Abstract

Background & Aim: Epilepsy is the most common neurological disease in a chronic and debilitating nature. In addition to the infected person, the disease also affects their family members. Therefore, the present study was conducted to compare the effect of group training family-centered empowerment program and self-compassion program on the perceived stress and stigma of epilepsy patients' care providers.

Materials & Methods: By simple random sampling, 60 primary caregivers in people with epilepsy were selected and divided into two groups of experimental and control. The measuring instruments were Cohen's perceived stress questionnaire with a reliability of 0.87 and Fernandes's stigma questionnaire with Cronbach's alpha of 0.82. To analyze the data, repeated measures analysis of variance test have been conducted using SPSS version 20.

Results: Family-centered empowerment and self-compassion training in comparison with the control group, were able to make significant changes in reducing perceived stress ($p<0.001$) and social stigma ($p<0.001$). Also, there was no significant difference between the mean score of self-compassion effectiveness and family empowerment group in perceived stress, but there was a significant difference in social stigma variable ($P<0.05$) and self-compassion treatment was more effective. Towards family-centered empowerment training had a social stigma variable.

Conclusion: In general, the study indicated that family-centered empowerment program and self-compassion one can be taken as effective interferences to mitigate perceived stress and stigma of epilepsy patients' care providers.

Keywords: Family-centered empowerment, Self-Compassion, Perceived stress, Stigma, Care providers, Epilepsy

How to cite this article:
Karami M, Chorami M, Ghazanfari A, Sharifi T, Masoudi R. A comparative study of group training effects on family-centered empowerment program and self-compassion program on perceived stress and stigma for family care providers of epilepsy patients. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty2021; 6(4): 32-45.
URL: http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-372-fa.html

Copyright © 2021 the Author (s). Published by **Kurdistan University of Medical Sciences**. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

بررسی مقایسه‌ای تأثیر آموزش گروهی برنامه توانمندسازی خانواده‌محور و برنامه شفقت ورزی به خود بر استرس ادراک شده و داغ اجتماعی مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به بیماری صرع

مهرانگیز کرمی[1]، مریم چرامی[2*]، احمد غضنفری[3]، طیبه شریفی[3]، رضا مسعودی[4،5]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحدشهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی،شهرکرد، ایران.

۳- دانشیار گروه روان شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۴- دانشیار استاد مدعو گروه پرستاری، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۵- دانشیار گروه پرستاری، واحد شهرکرد، دانشگاه علوم پزشکی، شهرکرد، ایران.

نویسنده مسئول: مریم چرامی ، پست الکترونیک: choramimaryam@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۲۶ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۹/۱۰/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: صرع شایع‌ترین بیماری عصب شناختی با ماهیتی مزمن و ناتوان‌کننده است. این بیماری علاوه بر فرد مبتلا، اعضای خانواده وی را نیز درگیر می‌کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیرآموزش گروهی برنامه توانمندسازی خانواده‌محور و برنامه شفقت به خود بر استرس ادراک شده و داغ اجتماعی مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به بیماری صرع انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش نیمه تجربی ازنوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۶۰ نفر از مراقبین اصلی افراد مبتلا به صرع در شهر کرد انتخاب و دردو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استرس ادراک شده کوهن و پرسشنامه داغ اجتماعی صرع استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار آماری (SPSS) نسخه ۲۰ انجام شد.

یافته‌ها: آموزش توانمندسازی خانواده محور و شفقت به خود در مقایسه با گروه کنترل، توانسته‌بودند تغییرات معناداری در کاهش استرس ادراک شده ($p<۰/۰۰۱$) و داغ اجتماعی ($p<۰/۰۰۱$) ایجاد نمایند. همچنین بین میانگین نمره اثربخشی شفقت به خود با گروه توانمندسازی خانواده در استرس ادراک شده تفاوت معنادار وجود نداشت ولی در متغیر داغ اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۵$) و درمان شفقت به خود اثربخشی بیشتری نسبت به آموزش توانمندسازی خانواده‌محور در متغیر داغ اجتماعی داشت.

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه توانمندسازی خانواده محور و رویکرد شفقت به خود می‌تواند به عنوان مداخلاتی مؤثر در کاهش استرس ادراک شده و داغ اجتماعی در مراقبین بیماران صرعی به کار رود.

کلید واژه ها: توانمندسازی خانواده‌محور، شفقت به خود، استرس ادراک شده، داغ اجتماعی، مراقبین، صرع

مقدمه

صرع یکی از شایع‌ترین اختلالات عصب‌شناختی با ماهیتی مزمن و ناتوان‌کننده است که به علت تخلیه الکتریکی ناگهانی، متناوب و بیش از حد نورون‌های عصبی مغزی به وجود می‌آید و موجب ناتوانی و وابستگی فرد به خانواده و سایر بستگان می‌گردد (۱، ۲). میزان شیوع صرع در جهان حدود نیم تا یک درصد است (۳). شیوع این اختلال را در ایران معادل ۱/۸ درصد برآورد کرده‌اند (۴). در مقایسه با سایر اختلالات مزمن، وضعیت سلامت روان مراقبین بیماران

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

دارای صرع کمتر موردتوجه قرار گرفته است (۵). در واقع می‌توان آن‌ها را فراموش‌شده‌هایی قلمداد کرد که با مشکلات عاطفی، مثل اضطراب، افسردگی، تنهایی، ناامیدی، خشم و انزوا، ترس و نگرانی مواجه هستند (۷، ۶). صرع را می‌توان بیماری مزمنی قلمداد کرد که نه فقط عملکرد شناختی و رفتاری فرد را مختل می‌نماید بلکه به‌عنوان برچسبی اجتماعی می‌تواند بر زندگی وی سایه افکند (۹، ۸). همچنین اثرات صرع فقط به خود فرد مبتلا محدود نیست؛ بلکه تمام اعضای خانواده و مراقبین خانوادگی آنان را نیز درگیر می‌نماید. این مراقبین اغلب اعضای خانواده مانند والدین، خواهر و برادر و یا همسر هستند (۱۰). مطالعات نشان داده است که مراقبین بیماران صرع از جنبه‌های مختلف تحت‌فشار هستند؛ ترس از اینکه این بیماری ممکن است منجر به آسیب جدی یا مرگ شود، نگرانی در مورد آینده بیمار در نبود مراقب اصلی و نگرانی در مورد اینکه بیمار چگونه زندگی خود را مدیریت نماید. این مسئله سبب می‌شود بار مراقبتی سنگین در مراقبین احساس شود (۱۱). از سوی دیگر، نگرش‌های منفی اجتماعی، تغییر در روابط درون خانوادگی، نگرانی در مورد فرد بیمار و هزینه‌های مالی از جمله منابع فشار در مراقبین هستند که سبب می‌شوند این افراد استرس بیشتری را ادراک نمایند (۱۲). در بسیاری از موارد نیز مراقبین تلاش می‌کنند تا صرع را پنهان نمایند؛ چراکه این مسئله می‌تواند پیامدهای اجتماعی مختلفی را برای آن‌ها به همراه داشته باشد (۱۳)؛ به‌عبارت‌دیگر، صرع برای این خانواده‌ها نوعی داغ اجتماعی تلقی می‌شود (۱۴) که این ننگ و شرم مداوم خانواده به دلیل داشتن بیمار دارای صرع بر الگوهای ارتباطی بین اعضای خانواده تأثیرگذار است (۱۵). در این راستا نتایج مطالعه‌ای (۱۶) نشان داده است که ادراک داغ اجتماعی بالاتر سبب می‌شود والدین، مشکل صرع فرزند خود را از دیگران پنهان کرده، عاطفه منفی بیشتری تجربه کنند و روابط منفی بیشتری با فرد مبتلا به صرع داشته باشند، همچنین راینی و توماس (۱۷) در پژوهشی به بررسی استرس در والدین کودکان مبتلا به صرع پرداختند که نتایج نشان داد هزینه مالی بسیار بالای بیماری و مشکلات ارتباطی ناشی از آن سبب بروز استرس و نگرانی، ترس، اضطراب، افسردگی، احساس گناه و خشم در آنان شده بود.آن‌ها تأیید نمودند که از آنجایی که بیماری صرع هم بر فرد و هم بر خانواده آن‌ها تأثیر می‌گذارد لذا بهتر است که بیشتر مداخلات روانی اجتماعی بر روی مراقبین خانوادگی آن‌ها متمرکز باشد (۱۸).

در کنار رویکردهایی که با هدف افزایش دانش و آگاهی مراقبین از مفهوم بیماری و مراقبت‌های بهداشتی استفاده می‌شود، مداخلات روان‌شناختی الگوی توانمندسازی خانواده محور و رویکرد شفقت به خود از جمله رویکردهایی می‌باشند که به نظر می‌رسد به دنبال افزایش توانایی‌های شناختی، شخصیتی و هیجانی در جهت کاهش استرس ادراک‌شده و داغ اجتماعی مراقبین می‌باشند. Won و همکاران توانمندسازی را در گیرکردن مددجویان و خانواده آن‌ها در تصمیم‌گیری برای ارتقای سطح سلامتی تعریف می‌کند که لازمه آن داشتن قدرت یا توانایی برای گرفتن تصمیم است. توانمندسازی به مددجو در فهم نیازها و روش برطرف سازی آن‌ها به‌صورت آگاهانه با استفاده از روش حل مسئله، افزایش خوداتکایی و ایجاد اعتماد به نفس نیز کمک می‌کند (۱۹).

رویکرد شفقت به خود شامل گسترش و بسط محبت، عشق و درک فرد نسبت به درد و رنج‌های خودش است (۲۰). این رویکرد نقش مؤثری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و احساس درماندگی (۲۲، ۲۱) و نیز کاهش احساس شرم و گناه در افراد دارد (۲۴، ۲۳). درحالی‌که پژوهش‌های متعدد نشان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

داده است که این مداخله، نقش مؤثری در کاهش احساس اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری (۲۵) در بیماران مبتلا به صرع دارد، لذا با توجه به اینکه اکثر مطالعاتی که در این زمینه انجام شده بیشتر بر روی خود بیماران صرع بوده است تا مراقبین بیماران مبتلا به صرع و تاکنون کمتر مطالعه‌ای به مقایسه نتایج دو مداخله روان‌شناختی بر مراقبین بیماران مبتلا به صرع پرداخته است این پژوهش بر آن است تا درمان‌های روان‌شناختی توانمندسازی خانواده محور و شفقت به خود را در کاهش استرس ادراک‌شده و داغ اجتماعی مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به بیماری صرع، مقایسه کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک تحقیق نیمه تجربی است که در سال ۱۳۹۹ در کشور ایران با هدف بررسی مقایسه‌ای تأثیر آموزش گروهی برنامه توانمندسازی خانواده محور و برنامه شفقت ورزی به خود بر استرس ادراک‌شده و داغ اجتماعی مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به بیماری صرع طراحی گردید و دارای کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1399.007 است. جامعه آماری پژوهش نیز کلیه مراقبین افراد مبتلا به صرع شهر شهرکرد بودند، جامعه پژوهش برای غربالگری و گزینش دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل ۳۰۰ نفر بود، که تعداد ۶۰ نفر مراقب خانوادگی که در پاسخگویی‌شان به پرسشنامه خودکارآمدی و تاب‌آوری، نمره بالاتر از میانگین فرضی را دریافت نمودند (در متغیرهای وابسته استرس ادراک شده نمره بالاتر از ۲۸ و در داغ اجتماعی نمره بالاتر از ۶۰)، به صورت تصادفی ساده انتخاب و در سه گروه قرار گرفتند، بدین صورت که اسامی این افراد نوشته و به صورت قرعه‌کشی افراد در سه گروه قرارگرفتند (۲۰ نفر گروه آزمایشی آموزش برنامه توانمندسازی خانواده محور، ۲۰ نفر گروه آزمایشی شفقت به خود و ۲۰ نفر گروه کنترل).

معیارهای ورود به مطالعه شامل کسب نمره بالاتر از میانگین فرضی در متغیرهای وابسته استرس ادراک شده (بالاتر از ۲۸) و داغ اجتماعی (بالاتر از ۶۰)، نداشتن اختلال روانی (طبق پرونده پزشکی و نظر پزشک معالج کلینیک)، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی یا روان‌پزشکی به‌صورت هم‌زمان، تمایل به شرکت در پژوهش، سواد خواندن و نوشتن و معیارهای خروج، داشتن غیبت بیش از یک جلسه در برنامه و عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش در نظر گرفته شد.

پس از کسب رضایت آگاهانه و کتبی از مراقبین، پرسشنامه‌های استرس ادراک شده Cohen و پرسشنامه داغ اجتماعی صرع Fernandes با راهنمایی پژوهشگر توسط مراقبین بیماران تکمیل گردید (پیش‌آزمون). در ادامه پس از تخصیص تصادفی نمونه‌ها به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، هر دو گروه آزمایش هر کدام به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در جلسات آموزش گروهی مورد نظر در مرکز درمانی که شامل برنامه‌های مداخلاتی بر اساس گام‌های برنامه توانمندسازی خانواده محور و برنامه شفقت ورزی به خود بود، حضور یافتند. گروه آزمایش اول، آموزش توانمندسازی خانواده محور، گروه دوم، آموزش شفقت به خود و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکرد. بلافاصله در پایان جلسه هشتم، پرسشنامه‌های استرس ادراک شده و داغ اجتماعی مجدداً توسط آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گروه کنترل تکمیل شد (پیش‌آزمون). سپس چک‌لیست‌های خود گزارش دهی تحویل مراقبین گردید تا برنامه‌های آموزش‌دیده را در طی دو ماه در منزل انجام دهند. بعد از دو ماه پیگیری برنامه‌ها، مجدداً پرسشنامه‌های استرس

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

ادراک شده و داغ اجتماعی در اختیار نمونه‌های تحقیق قرار گرفته و تکمیل گردید (پیگیری). پژوهشگر برای رعایت موازین اخلاقی پژوهش، بعد از اتمام مداخله در دو گروه آزمون در طی ۲ جلسه عمومی تمامی موارد توانمندسازی را برای مراقبین خانوادگی و بیماران آن‌ها در گروه کنترل اجرا نمود و مطالب آموزشی در اختیار آن‌ها گذاشته شد و تلفن پژوهشگر نیز به منظور دریافت راهنمایی بیشتر در اختیار آنان قرار گرفت. داده ها پس از جمع‌آوری تحت نرم‌افزار SPSS نسخه۲۰ تحلیل شدند. پس از تحلیل اطلاعات جمعیت شناختی، با استفاده از روش‌های آمار توصیفی اقدام گردید. سپس به بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک پرداخته شد؛ لذا به نتایج آزمون کولموگروف – اسمیرنف مبتنی بر نرمال بودن توزیع نمرات نمونه و نتایج آزمون لوین مبتنی بر تساوی واریانس‌ها در مورد متغیر وابسته استرس ادراک شده و داغ اجتماعی پرداخته شد. آنگاه در بخش آمار استنباطی، از تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برای اندازه‌گیری و سنجش متغیرهای موردنظر از ابزار زیر استفاده شد.

پرسشنامه استرس ادراک شده: این پرسشنامه توسط Cohen و همکاران تهیه شده است بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (صفر= هرگز تا ۴= بسیاری از اوقات) نمره‌گذاری می‌گردد. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۵۶ است که نمره بالاتر نشانگر استرس ادراک‌شده بیشتری می باشد. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در مطالعه Cohen و همکاران ۰/۸۴ بود (۲۶). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه داغ اجتماعی: پرسشنامه داغ اجتماعی صرع توسط Fernandes و همکاران ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۴ سؤال دارد و به‌صورت لیکرت چهار درجه‌ای از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود که حداقل نمره ۲۴ و حداکثر ۹۶ است و نمره بالاتر نشانگر داغ بیشتر است. Fernandes و همکاران اعتبار محتوا و ثبات درونی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند (۲۷). پایایی این مقیاس در مطالعه آنان با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

بسته توانمندسازی خانواده محور: توانمندسازی خانواده محور بسته آموزشی است که به‌صورت گروهی طی ۸ جلسه اجرا شد. این برنامه آموزشی در پژوهش‌های متعدد بررسی و اثربخشی آن بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران مزمن تائید شده است محتوای آن شامل (تهدید درک شده با دو رویکرد حساسیت درک شده و شدت درک شده، خودکارآمدی، عزت نفس و ارزشیابی) تدوین شد. خلاصه‌ای از جلسات اجرا شده به شرح زیرجدول است (جدول ۱).

جدول ۱: جلسات برنامه توانمندسازی خانواده محور

ترتیب جلسات	خلاصه محتوای جلسات	روش	مسئول
جلسه اول	سازمان‌دهی جلسات، توجیه آزمودنی‌ها، آشنایی اعضای گروه، بیان مقررات، اجرای پیش آزمودن. توضیح در مورد بیماری صرع و انواع آن، سبب‌شناسی، میزان ناتوانی‌های ناشی از صرع، داروهای مرتبط با صرع، خطرات ناشی از عدم تبعیت از درمان	سخنرانی پرسش و پاسخ بحث گروهی و به اشتراک‌گذاری تجربیات مراقبین ارائه پاورپوینت -تحویل کتابچه آموزشی	متخصص نورولوژی پژوهشگران
جلسه دوم	تشخیص مشکل، تبیین اهداف دسته‌بندی و اولویت‌بندی اهداف، ارائه راه‌حل‌ها و انتخاب بهترین راه‌حل)، آموزش	– سخنرانی، پرسش و پاسخ بحث و به اشتراک‌گذاری تجربیات	پژوهشگران

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

	تن آرامی	مراقبین - آموزش تن آرامی و ریلکسیشن	
جلسه سوم	اصلاح افکار منفی و غیرمنطقی و نیز باورهای غلط در زمینه صرع و علل بروز آن، ، راهکارهای افزایش عزت نفس	سخنرانی، بحث گروهی ارائه پاورپوینت، مشاوره و پیگیری تلفنی در منزل	پژوهشگران
جلسه چهارم	توضیح در زمینه‌ی مدیریت رفتاری بیماران صرع، آموزش درزمینه ی نحوه رفتار هنگام بروز حمله صرع	سخنرانی، به اشتراک گزاری تجربیات مراقبین ،پرسش و پاسخ ارائه سی دی آموزشی	پژوهشگران
جلسه پنجم	مدیریت هیجانات منفی (مدیریت استرس و خشم) شامل تعریف استرس، نقش افکار و باورها بر ادراک میزان تنش‌زا بودن رویدادها، نقش خود گویی منفی در مدیریت استرس و جایگزین کردن آن با خود گویی مثبت	سخنرانی، بحث گروهی ،مشاوره پیگیری تلفنی	پژوهشگران
جلسه ششم	برگزاری جلسه حل مسئله، با هدف شناخت مشکل توسط خود افراد و ارائه راه‌حل توسط خودشان، آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازنده با استرس	سخنرانی،بحث گروهی به همراه پرسش و پاسخ ،ارائه پاورپوینت	پژوهشگران
جلسه هفتم	معرفی تاب‌آوری، عوامل مؤثر بر تاب‌آوری، تأثیر هیجانات بر تاب‌آوری، نقش خود گویی های منفی در کاهش تاب‌آوری، مرور مجدد حل مسئله برای افزایش تاب‌آوری.	سخنرانی، پرسش و پاسخ ارائه جزوه آموزشی مشاوره	پژوهشگران
جلسه هشتم	معرفی خودکارآمدی و ارائه راه‌حل برای افزایش خودکارآمدی با بحث گروهی	سخنرانی، بحث گروهی ارائه پاورپوینت	پژوهشگران

بسته آموزشی شفقت به خود: در این پژوهش ۸ جلسه آموزش شفقت به خود به‌صورت گروهی بر اساس اصول شفقت درمانی اجرا شد (۲۸). گردید. شرح جلسات در جدول زیر ارائه شده است (جدول۲)

جدول۲: جلسات برنامه شفقت ورزی

ترتیب جلسات	خلاصه محتوای جلسات	روش	مسئول
جلسه اول	سازمان‌دهی جلسات، توجیه آزمودنی‌ها، آشنایی اعضای گروه، بیان مقررات، اجرای پیش آزمودن. توضیح چگونگی عملکرد ذهن و اینکه چگونه و چرا اختلال در عملکرد آن پیش می‌آید. توضیح و تشریح شفقت: شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. توضیح در مورد خودکارآمدی و تاب‌آوری	سخنرانی بحث گروهی بارش فکری ارائه پاورپوینت	پژوهشگران
جلسه دوم	تفکر درباره شفقت نسبت به دیگران، توجه و تمرکز بر شفقت، تفکر شفقت‌آمیز، رفتار شفقت‌آمیز.	سخنرانی، بحث گروهی و کار عملی	پژوهشگران
جلسه سوم	افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت، پذیرش هیجانات نامطلوب نظیر استرس،آموزش ریتم تنفسی تسکین دهنده، آموزش تصویرسازی مشفقانه و تصویرسازی هدایت شده برای مقابله با استرس	سخنرانی کار عملی آموزش با پاورپونت	پژوهشگران

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

جلسه چهارم	بیان مفهوم تاب‌آوری، تمرین هوشیاری، ذهن آگاهی، بررسی باورهایی که هیجانات غیرمفید را به همراه خود دارند، مزایا و معایب، آموزش پذیرش مسائل و پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز، توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه‌شدن افراد با چالش‌های مختلف، استفاده از تکنیک صندلی مشفق برای پرورش تاب‌آوری، بینش و توانمندی‌های شخصی.	سخنرانی تمرینات عملی تکنیک صندلی مشفق ارائه جزوه آموزشی پرسش و پاسخ	پژوهشگران
جلسه پنجم	بیان مفهوم خودکارآمدی، بررسی شرم، احساس گناه و تحقیر به عنوان عوامل کاهنده احساس خودکارآمدی، تمایز خود اصلاح گری مشفقانه از حمله به خود ناشی از شرم، آموزش استدلال و کسب بینش در زمینه باورها، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی، ایجاد احساسات ارزشمندی در خود فرد تا بتواند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشد، آموزش مسئولیت‌پذیری به عنوان مؤلفه اساسی شفقت ورزی به خود با هدف ایجاد تفکر خود انتقادی برای کسب دیدگاه‌ها و احساسات جدید و کارآمد در برخورد با موقعیت‌های مختلف.	پاورپونت آموزشی سخنرانی آموزش از طریق انجام تمرینات عملی و سی دی آموزشی مشاوره تلفنی	پژوهشگران
جلسه ششم	انجام تمرین رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت، نامه‌نگاری بر اساس شفقت	سخنرانی و پاورپونت کار گروهی عملی	پژوهشگران
جلسه هفتم	نامه‌نگاری شفقت ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، آمادگی برای خاتمه گروه.	انجام تمرینات عملی سخنرانی	پژوهشگران
جلسه هشتم	بحث و خلاصه کردن نتایج ، اجرای پس‌آزمون.	سخنرانی، مشاوره و اجرای پرسشنامه	پژوهشگران

یافته‌ها

آزمودنی‌ها شامل ۶۰ نفر از مراقبین اصلی مبتلایان به بیماری صرع بودند. یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد بیشترین فراوانی در هر دو گروه در تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس است، از لحاظ سن نیز بیشترین فراوانی در هر دو گروه در سنین بین ۳۱ تا ۳۵ سالگی بود و بیشترین مراقبین را نیز والدین تشکیل می‌دادند، آزمونه‌ای آماری نشان داده هر دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک همگن بودند (P>۰/۰۵).

در جدول ۳ نتایج میانگین و انحراف معیار استرس ادراک شده و داغ اجتماعی برای هر سه گروه در سه مرحله ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار استرس ادراک شده و داغ اجتماعی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	زمان	گروه شفت ورزی		گروه توانمندسازی		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس	قبل از مداخله	۳۹/۵۰	(۳/۵۷)	۳۹/۳۵	(۳/۵۸)	۳۹/۸۰	(۴/۸۱)
	پس از مداخله	۳۴/۶۵	(۴/۰۲)	۳۲/۲۵	(۲/۹۸)	۴۰/۰۰	(۴/۲۳)
	۲ ماه پس از مداخله	۳۴/۲۰	(۴/۱۴)	۳۰/۷۰	(۳/۵۷)	۳۹/۸۵	(۴/۸۹)

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

داغ اجتماعی	قبل از مداخله	۶۹/۳۰(۳/۶۵)	۶۹/۱۰(۳/۳۵)	۷۰/۲۰(۲/۸۰)
	پس از مداخله	۶۰/۸۰(۵/۶۹)	۶۵/۹۵(۴/۳۵)	۷۰/۱۰(۳/۲۹)
	۲ ماه پس از مداخله	۵۹/۴۵(۷/۴۰)	۶۴/۳۰(۴/۷۸)	۷۰/۰۰(۵/۷۷)

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را نشان می‌دهد. قبل از اجرای آزمون، ابتدا پیش‌فرض‌های آن، شامل فرض برابری واریانس با استفاده از آزمون لوین، فرض نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف، فرض یکسانی ماتریس واریانس‌ها با استفاده از آزمون ام باکس و فرض کرویت ماچلی بررسی و در این زمینه محدودیتی وجود نداشت. همچنین به علت عدم تفاوت معناداری در پیش‌آزمون، نیازی به کنترل اثرات پیش‌آزمون نبود.

جدول٤: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مداخلات توانمندسازی و شفقت ورزی بر میزان استرس ادراک‌شده و داغ اجتماعی

مؤلفه‌ها	شاخص‌های آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
استرس ادراک شده	گروه‌بندی	۱۰۳۴/۰۳	۲	۵۱۷/۰۷	۱۱/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۲۸	۰/۹۹
	خطا	۲۵۴۱/۷۶	۵۷	۴۴/۵۹				
داغ اجتماعی	گروه‌بندی	۱۴۳۶/۶۷	۲	۷۱۸/۳۳	۱۳/۹۸	۰/۰۰	۰/۳۲	۰/۹۹
	خطا	۲۹۲۸/۵۶	۵۷	۵۱/۳۷				

با توجه به نتایج جدول ۴ بین میانگین سه گروه در متغیرهای وابسته (استرس ادراک شده و داغ اجتماعی) در سطح خطای ۰/۰۵ تفاوت معنادار وجود دارد. به منظور بررسی این مسئله که تفاوت در کدام یک از مراحل و کدام گروه‌ها وجود دارد از آزمون تعقیبی استفاده شده است که نتایج در جدول (۵) ارائه شده است.

جدول ۵: بررسی تفاوت‌های دوبه‌دو بین مراحل و گروه‌های مختلف در متغیر استرس ادراک شده و داغ اجتماعی

			تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
زمان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۹۱	۰/۲۳	۰/۰۰۰
		پیگیری	۴/۶۳	۰/۲۹	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۱	۰/۲۴	۰/۰۱
گروه	شفقت به خود	توانمندسازی خانواده محور	۲/۰۱	۱/۲۱	۰/۳۱
		کنترل	-۳/۷۶	۱/۲۱	۰/۰۰۹
	توانمندسازی خانواده محور	کنترل	-۵/۷۸	۱/۲۱	۰/۰۰۰
زمان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۹۱	۰/۳۴	۰/۰۰۰
		پیگیری	۴/۹۵	۰/۶۴	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۰۳	۰/۵۷	۰/۲۳

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

گروه					
	شفقت به خود	توانمندسازی خانواده محور	-۳/۲۶	۱/۳۰	۰/۰۴
		کنترل	-۶/۹۱	۱/۳۰	۰/۰۰۰
	توانمندسازی خانواده محور	کنترل	-۳/۶۵	۱/۳۰	۰/۰۲

نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد بین مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد و نمرات استرس ادراک شده در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است؛ همچنین بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معنادار وجود دارد و می‌توان گفت اثرات دو رویکرد در مرحله پیگیری پایدار بوده است. مقایسه بین گروه‌های مختلف نشان داد، بین گروه شفقت به خود و نیز گروه توانمندسازی خانواده محور با گروه کنترل در استرس ادراک شده تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱). و نمرات استرس ادراک شده در دو گروه آزمایش کاهش یافته است؛ اما بین گروه شفقت به خود با گروه توانمندسازی خانواده تفاوت معنادار یافت نشد. (P >۰/۰۵) بنابراین می‌توان گفت بین اثربخشی شفقت به خود با گروه توانمندسازی خانواده در استرس ادراک شده تفاوت معنادار وجود ندارد و هر دو مداخله اثربخش بوده‌اند.

همچنین در متغیر داغ اجتماعی، بین مرحله پیش‌آزمون با مرحله پس‌آزمون و نیز مرحله پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱). و نمرات داغ اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش معناداری را نشان داده است؛ اما بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار مشاهده نشد. نتایج مقایسه بین گروه‌های مختلف نشان داد، بین گروه شفقت به خود با گروه توانمندسازی خانواده محور و گروه کنترل در داغ اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد و نمرات داغ اجتماعی در گروه شفقت به خود نسبت به گروه توانمندسازی خانواده محور و گروه کنترل کاهش بیشتری یافته‌اند؛ همچنین بین گروه توانمندسازی خانواده محور با گروه کنترل نیز تفاوت معنادار یافت وجود داشت. بنابراین می‌توان گفت درمان شفقت به خود نسبت به آموزش توانمندسازی خانواده محور در کاهش داغ اجتماعی، اثربخشی بیشتری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد آموزش گروهی برنامه توانمندسازی خانواده محور و شفقت ورزی به خود، تغییرات معناداری را در کاهش استرس ادراک شده مراقبین بیماران مبتلا به صرع ایجاد نموده است که با نتایج پژوهش‌های طاهرپور و همکاران (۲۹)، Neff و Faso (۳۰) که نشانگر تأثیر شفقت ورزی بر استرس و نتایج پژوهش اعتمادی‌فر و همکاران (۳۱) که نشانگر تأثیر توانمندسازی خانواده‌محور بر استرس مراقبین بیماران مبتلا به صرع بود، همسو است.

همچنین نتایج نشان داد بین اثربخشی شفقت ورزی به خود با توانمندسازی خانواده محور در استرس ادراک شده، تفاوت معناداری وجود ندارد. برنامه توانمندسازی خانواده‌محور با هدف افزایش دانش، درک استرس و تهدید ، افزایش خودکارآمدی و عزت نفس تدوین شده است. این برنامه آموزشی، شدت ادراک استرس به میزان دانش، آگاهی و شناخت افراد خانواده از ماهیت بیماری بستگی دارد و باور بر این است که افزایش آگاهی در این زمینه، منجر به کاهش شدت استرس خواهد شد (۳۲).

از سوی دیگر یکی از مفاهیم مطرح در این رویکرد، آموزش حل مسئله است. روش‌های مقابله از جمله حل مسئله، روش‌هایی برای مقابله با استرس

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

می‌باشند (۳۳). به‌کارگیری راهبردهای درست مقابله با استرس می‌تواند ضمن مدیریت درست استرس، ادراک فرد نسبت به استرس را نیز تغییر دهد، یعنی با مسائل و مشکلات برخورد منطقی می‌کنند و ادراک مثبتی از استرس دارند (۳۴). بنابراین می‌توان گفت آموزش توانمندسازی خانواده محور رویکردی مؤثر در کاهش استرس ادراک شده است.

Leary و همکاران (۳۵) بر این باورند که شفقت به خود در سه موقعیت شامل رویارویی با رویدادهای منفی، یادآوری مجدد رویدادهای منفی گذشته و انتظار وقوع حوادث منفی، با تجربه کمتر عواطف منفی مرتبط بوده و سبب تقویت توانایی فرد در رویارویی کارآمد با عواطف منفی می‌گردد. افرادی که می‌توانند شفقت به خود داشته باشند، نقش و مسئولیت بیشتری در مواجهه با رویدادهای منفی دارند و قادرند رویدادهای منفی را آن‌چنان‌که هستند درک کنند؛ آن‌ها نشخوار فکری کمتری در زمینه همین رویدادهای منفی دارند و در نتیجه در رویارویی با اشتباهات گذشته کمتر استرس را تجربه می‌کنند.

از سوی دیگر، به دلایل مختلف می‌توان شفقت به خود را یک روش مقابله‌ای هیجان‌مدار سازنده قلمداد کرد چرا که لازمه شفقت به خود، آگاهی به هشیارانه از هیجانات خود است (۳۶)، بنابراین می‌توان گفت این آگاهی مانع از اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده می‌شود و سبب می‌شود فرد با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی آن‌ها را درک کرده و به آن‌ها نزدیک شود؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که هیجان‌های منفی نظیر استرس تعدیل‌شده، به احساسات مثبت‌تری بدل شوند و به فرد فرصت بررسی دقیق‌تر شرایط و انتخاب راهبردهای مدیریت و مقابله‌ای مؤثرتر را بدهند (۲۹).

در افرادی که شفقت به خود بالاتری دارند، درد اجتناب‌ناپذیر و احساس شکستی که هر فرد ممکن است در طول زندگی تجربه نماید، از طریق سرزنش و خود انتقادی بی‌رحمانه، احساس طردشدگی و انزوا و نیز همانندسازی افراطی با افکار و هیجانات ادامه پیدا نمی‌کند؛ بلکه با ایجاد نگرشی حمایت‌گرانه و تصویرسازی مشفقانه نسبت به خود سبب می‌گردد فرد انگیزه بیشتری برای حل در نهایت می‌تواند میزان ادراک استرس را کاهش دهد (۳۷).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، آموزش گروهی برنامه توانمندسازی خانواده محور و شفقت ورزی به خود بر مراقب اصلی مبتلایان به صرع، تغییرات معناداری را در کاهش داغ اجتماعی این افراد ایجاد نموده است. این نتایج با نتایج پژوهش Baker (۲۳) که نشانگر تأثیر شفقت به خود بر داغ اجتماعی بود، همسو است بااین‌حال پژوهشی که به بررسی آموزش توانمندسازی خانواده‌محور بر داغ اجتماعی پرداخته باشد یافت نشد. همچنین نتایج نشان داد درمان شفقت ورزی به خود نسبت به آموزش توانمندسازی خانواده محور، اثربخشی بیشتری در کاهش داغ اجتماعی دارد.

اولین مسئله که در بیان اثربخشی هر دو رویکرد باید به آن توجه شد، آن است که هر دو رویکرد به صورت گروهی ارائه شدند، حضور در گروه و بیان ترس‌ها و دغدغه‌های مشترک، احساس شرم و غیرعادی بودن خانواده را کاهش می‌دهد و افراد متوجه می‌شوند که افراد زیادی وجود دارند که شرایط مشابه آنان دارند و لذا نباید احساس طردشدگی و انزوا نمایند.

بررسی داغ اجتماعی در مراقبین بیماران صرع نشان می‌دهد این داغ دو جنبه دارد: احساس شرم و داغ به علت احساس عدم توانایی کنترل فرد در هنگام تشنج و ترس از نشان دادن بیمار که در بسیاری از موارد سبب می‌شود مراقبین فرد دارای صرع را پنهان نمایند (۳۸).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

در جمعیت عمومی به علت ناآگاهی، نگرش منفی نسبت به فرد مبتلا به صرع وجود دارد که سبب می‌شود فرد بیمار نوعی تهدید برای دیگران قلمداد شود (۱۷). بنابراین توانمندسازی اعضای خانواده می‌تواند سبب شود که این افراد با دانش بیشتری با افراد پیرامون برخورد کنند و به جای پنهان کردن فرد بیمار در مورد ماهیت این اختلال و محدودیت‌های این افراد توضیح دهند و خود نیز به اصلاح باورهای غلط مرتبط با اختلال صرع بپردازند. از سوی دیگر، توضیح در مورد نحوه مدیریت فرد در هنگام بروز حملات تشنج، بایدها و نبایدها در این زمینه می‌تواند از داغ مرتبط با عدم کنترل رفتار فرد بیمار به هنگام حملات بکاهد.

در زمینه اثربخشی رویکرد شفقت ورزی بر کاهش داغ اجتماعی باید گفت یکی از ابعاد شفقت به خود بعد شناختی است که از نگرش‌ها و باورهای فرد نسبت به خودش و دیگران متأثر می‌شود. احساس داغ و استیگمای اجتماعی با افکار و شناخت‌های مربوط به تصورات کلیشه‌ای، جداسازی، واکنش‌های هیجانی و تبعیض از سوی دیگران همراه است. بنابراین فردی که چنین تبعیضی را تجربه می‌کند و دارای شفقت به خود پایین است به خود انتقادی و خود محکوم‌سازی می‌پردازد و عدم بخشش خود و دیگران نیز منجر به نشخوارگری ذهنی شده و برای اجتناب از این افکار و احساسات از روابط اجتماعی پرهیز کرده و منزوی می‌شود. در درمان شفقت ورزی، به افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن را سرکوب نکنند. بنابراین در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. در گام بعدی با بحث پیرامون اشتراکات انسانی، افراد متوجه می‌شوند که انسان بودن شامل ناقص بودن و محدود بودن است و این خصوصیت مشترک همه انسان‌ها است که هیچ‌کس از آن مستثنا نیست (۲۸). چنین نگرشی، سبب می‌شود افراد به سبب احساس رنج ناشی از شرایط بیماری و مراقبت از فرد بیمار، احساس شرم و داغ نکنند و آن را به عنوان بخشی از تجربه انسانی بپذیرند.

در نهایت باید گفت تأکید مستقیم درمان شفقت ورزی بر احساس شرم و خود انتقادی، اصلاح باورهای مرتبط با شرم، تمرکز بر شفقت به خود، توانست اثرات بیشتری را بر روی داغ اجتماعی در مقایسه با برنامه توانمندسازی خانواده محور داشته باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که اجرای برنامه توانمندسازی خانواده خانواده محور و شفقت به خود، سطح استرس ادراک شده و داغ اجتماعی مراقبین بیماران مبتلا به صرع را کاهش داده است، بر این اساس ضرورت بالای اجرای مداخلات مربوط به مراقبین به ویژه برنامه‌هایی با اولویت‌های آموزشی از اهمیت بالایی برخوردار است.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به وجود مسائل روحی روانی و تفاوت‌های فردی و شخصیتی مراقبین اشاره کرد که ممکن است بر نتایج تحقیق تأثیر بگذارد، در این رابطه سعی شد تا با انتخاب تصادفی نمونه‌ها این تفاوت‌ها به حداقل رسانده شود. ازآنجایی‌که این پژوهش بر روی مراقب اصلی بیمار انجام شد، تعمیم آن به سایر افراد خانواده با محدودیت روبه‌رو است.

در پایان با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود اجرای چنین برنامه‌های ایمن، اثربخش و به‌صرفه، به دلایل عملیاتی بودن به عنوان یک راهنما جهت کاهش مشکلات مراقبتی مراقبین بیماران دارای صرع و سایر بیماری‌های مزمن توسط کارکنان نظام سلامت مورد استفاده گردد. همچنین برنامه‌ریزان بهداشتی نیز با توجه به اهمیت اثربخشی چنین برنامه‌هایی، طراحی برنامه‌های حمایتی را در دستور کار

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

خود قرار داده و در برنامه توان‌بخشی بیماران، مشاوره‌هایی با رویکرد توانمندسازی خانواده محور و شفقت به خود به مراقب اصلی ارائه شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی رشته روانشناسی عمومی با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1399.007 است بدین‌وسیله از حمایت‌های معنوی معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد شهرکرد همچنین مسئولین مراکز درمانی، بیماران و مراقبین آن‌ها و سرکار خانم دکتر جیواد تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1- Sutter R, Rüegg S. Refractory status epilepticus: Epidemiology, clinical aspects and management of a persistent epileptic storm. Epileptologie. 2012; 29: 186-93.
2- Jokeit H, Ives-Deliperi V. Impaired social cognition in epilepsy. Frontiers in Neurology 2019; 10: 940.
3- I Magalov S, F Hasanov N, X Azizova N, N Novruzov A, B Mustafayev Z, A Kazimov S, et al. The prevalence of epilepsy in the Nakhichevan Autonomous Republic of Azerbaijan. CNS & Neurological Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders). 2012; 11(2): 102-9.
4- Esmaieli R, Esmaeli M, Jamalodiny S, Kaveh J. Survey of Social and Familial Problems Between Patients and their Families Refer to Iranian Epilepsy Association. Iranian Journal of Psychiatric Nursing; 3 (3): 9-11.
5- Karakis I, Cole AJ, Montouris GD, Luciano, MS, Meador KJ. Piperidou C. Caregiver Burden in Epilepsy: Determinants and Impact. Epilepsy Res Treat. (2014).
6- Heydari M, Sh E, Masoudi R, Kheiri S, Jivad N. The Effect of Family-Centered Care on the Family Caregivers' Burden of Patients With Epilepsy. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2018;7(2):146-57.
7- Lua PL, Khairuzzaman NKW, Aziz ZA, Foo JLK. The needs and problems in epilepsy caregiving: A qualitative exploration. Asean J Psychiatry. 2015;16(1):116-26.
8- Tayeb HO. Epilepsy stigma in Saudi Arabia: The roles of mind–body dualism, supernatural beliefs, and religiosity. Epilepsy & Behavior. 2019;95:175-80.
9- V Olisah FN, A Yusuf. Nigeria Northern, State Katsina in epilepsy with tientspa of caregivers among distress Emotional. Psychiatry J Afr. 2013;1(16):4-41.
10- Ohaeri JU, Awadalla AW, Farah AA. Quality of life in people with epilepsy and their family caregivers. Saudi medical journal. 2009;30:1328-35.
11- Thompson PJ, Upton D. The impact of chronic epilepsy on the familySeizure. 2012;1(1):43-8.
12- Saburi G. Stressors of caregivers of school-age children with epilepsy and use of community resources. Journal of Neuroscience Nursing. 2011;43(3):E1-E12.
13- Elafros MA, Sakubita-Simasiku C, Atadzhanov M, Haworth A, Chomba E, Birbeck GL. Stigma and psychiatric morbidity among mothers of children with epilepsy in Zambia. International health. 2013;5(4):288-94.
14- Amjad RN, Nasrabadi AN, Navab E. Family stigma associated with epilepsy: a qualitative study. Journal of caring sciences. 2017;6(1):59.
15- Baca CB, Vickrey BG, Hays RD, Vassar SD, Berg AT. Differences in child versus parent reports of the child's health-related quality of life in children with epilepsy and healthy siblings. Value in Health. 2010;13(6):778-86.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

16- Benson A, O'Toole S, Lambert V, Gallagher P, Shahwan A, Austin JK. The stigma experiences and perceptions of families living with epilepsy: Implications for epilepsy-related communication within and external to the family unit. Patient education and counseling. 2016;99(9):1473-81.
17- Rani A, Thomas PT. Stress and perceived stigma among parents of children with epilepsy. Neurological Sciences. 2019;40(7):1363-70.
18- Saada F, Wang ZS, Bautista RED. In focus: The everyday lives of families of adult individuals with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2015;50:10-3.
19- Won CW, Fitts SS, Favaro S, Olsen P, Phelan EA. Community-based "powerful tools" intervention enhances health of caregivers. Archives of gerontology and geriatrics. 2008;46(1):89-100.
20- Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. Human development. 2009;52(4):211-4.
21- Soysa CK, Wilcomb CJ. Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. Mindfulness. 2015;6(2):217-26.
22- Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. Journal of anxiety disorders. 2011;25(1):123-30.
23- Baker D. Psychological perspectives on stigma and self-compassion in adults with epilepsy: Lancaster University; 2017.
24- Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. Australian Clinical Psychologist. 2017;3(1):1743.
25- Baker DA, Caswell HL, Eccles FJ. Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2019;90:15.٦١-٤
26- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of health and social behavior. 1983:385-96.
27- Fernandes PT, Salgado PC, Noronha AL, Sander JW, Li LM. Stigma scale of epilepsy: validation process. Arquivos de Neuro-psiquiatria. 2007;65:35-42.
28- Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology. 2014;53(1):6-41.
29- Zemestani M, Sohrabi A, Taherpour M. Effectiveness of compassion-focused therapy on depression, anxiety, stress, and weight self-efficacy in patients with eating disorder. 2019.
30- Neff KD, Faso DJ. Self-compassion and well-being in parents of children with autism. Mindfulness. 2015;6(4):938-47.
31- Etemadifar S, Heidari M, Jivad N, Masoudi R. Effects of family-centered empowerment intervention on stress, anxiety, and depression among family caregivers of patients with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2018;88:106-12.
32- Parvareshan S, Shamsalinia A, Jahanshahi M, Hajiahmadi M. Impact of Family-Based Empowering Model on the Per-ceived Threat and Self-Efficacy of Families of Diabetic Elderly at Risk of Falling. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2018;7(2):96-107.
33- Mahon MA, Mee L, Brett D, Dowling M. Nurses' perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self compassion training. Journal of research in nursing. 2017; 22(8): 572-83.
34- Houtz JC, Selby EC. Problem solving style, creative thinking, and problem solving confidence. Educational Research Quarterly. 2009;3 (1): 18.
35- Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. Journal of personality and social psychology. 2007; 92(5): 887.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]

36- Schoenefeld SJ, Webb JB. Self-compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. Eating Behaviors. 2013; 14(4): 493-6.
37- Maghan M. Problem solving style and coping strategies: Effects of perceived stress. Creative Education. 2017; 8(14): 2332-51.
38- Camfield C, Camfield P. Twenty years after childhood-onset symptomatic generalized epilepsy the social outcome is usually dependency or death: a population-based study. Developmental Medicine & Child Neurology. 2008; 50(11): 859-63.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-28]